

일리노이 주 대법원
장애가 있는 미국인 고충 양식

날짜: _____

고충 조정 신청자의 이름: _____

주소: _____

주간 전화번호: _____ 이메일: _____

신청한 편의 제공의 종류: _____

위반 주장에 대한 설명(구체적으로 설명해 주십시오): _____

작성한 고충 양식의 사본을 다음의 우편 또는 이메일 주소로 보내 주십시오.

Court Disability Coordinator
Office of the Supreme Court Clerk
200 East Capitol Avenue
Springfield, IL 62701

또는 이메일: ADACoordinator@IllinoisCourts.gov

전화: (217) 782-2035

TDD: (217) 524-8132

서명: _____

정자 이름: _____

날짜: _____

첨부물 C